



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ**

**MARCELIANO CHÁVEZ ÁVILA
Magistrado Ponente**

Radicación 2022-1328-01

Bogotá D.C., treinta (30) de septiembre de dos mil veintidós (2022)

DEMANDANTE: NELSON DAVID CARVAJAL ALCARAZ
DEMANDADO: MEDIMAS EPS EN LIQUIDACIÓN
ASUNTO : APELACIÓN (Demandada)

En la fecha, se constituye la Sala de decisión laboral a fin de resolver de plano el recurso de apelación interpuesto por la demandada, contra la providencia proferida por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD el 13 de mayo de 2022.

No observándose irregularidad que invalide lo actuado, se procede a decidir conforme a los siguientes:

I. ANTECEDENTES

El señor **NELSON DAVID CARVAJAL ALCARAZ**, presentó ante la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, acción en contra de **EPS MEDIMAS EPS EN LIQUIDACION**, solicitando el reembolso de los gastos en que incurrió, con ocasión a una resonancia magnética y en la atención de un médico especialista en ortopedia, en una suma equivalente a \$660.000.

Como fundamentos fácticos de la acción señaló, en síntesis: Que, en el mes de agosto de 2017, sufrió un trauma en la rodilla izquierda cuando realizaba una práctica deportiva, que ante la gravedad del asunto asistió ante la IPS con la que

MEDIMAS tenía convenio en el Municipio de Frontino-Antioquia, donde le ordenaron una ecografía, pero que, por las dificultades logísticas y ausencia de convenios, realizó el procedimiento a través de una institución de carácter privado. Que una vez analizados los resultados por el médico tratante de la IPS a la cual se encontraba afiliado, decretó cita con especialista y orden para resonancia, pero que, al no recibir autorización por parte de su EPS, decidió el 16 de noviembre de 2017, asumir el costo de los exámenes y valoración médica enunciada. Que previo a ello, remitió diversas peticiones a MEDIMAS S.A., para que le garantizaran su derecho a la salud, sin que sus solicitudes hubiesen sido atendidas. Finalmente, argumento que presentó el formato respectivo, junto con los soportes, que daban cuenta de los gastos en que había incurrido, con ocasión a los procedimientos ordenados por el galeno.

TRÁMITE DE PRIMERA INSTANCIA.

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante auto del 14 de enero de 2021, admitió la demanda, y ordenó su notificación a la entidad accionada -*MEDIMAS EPS S.A.S, en liquidación*-.

CONTESTACION DE DEMANDA

MEDIMÁS EPS S.A.S, adujo que de conformidad con lo establecido en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, no había lugar al reembolso solicitado por el accionante, ya que además de haber sido presentado de manera extemporánea, la prestación de los servicios asistenciales no fueron peticionados por el actor, como tampoco autorizados por la EPS, sumado a que la atención se realizó por personal o instituciones no contratadas o adscritas a la Entidad Promotora de Salud.

DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

Tramitada la instancia, mediante providencia del 13 de mayo de 2022, la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, ACCEDIÓ al reembolso deprecado por el señor NELSON DAVID CARVAJAL ALCARAZ; ORDENÓ a MEDIMAS EPS EN LIQUIDACION al pago de \$660.000 por concepto de reconocimiento económico de los gastos en que incurrió el demandante, como consecuencias de los exámenes y valoración médica con especialista. Así mismo le advirtió a la accionada que para

realizar el pago se debía sujetar a los dispuesto por el artículo 9.1.3.5.10 del Decreto 2555 de 2010.

RECURSO DE APELACIÓN

Inconforme con la determinación, la accionada interpuso recurso de apelación, en contra de la sentencia proferida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, para que sea revocada, indicando: *“Corolario de lo anterior, y sin el ánimo de convalidar la decisión objeto de reproche, es menester afirmar que analizado el presente litigio desde el área de operaciones de Medimás EPS en liquidación, no se evidencia registro alguno de solicitud de reembolso, por la cantidad que pretende hacer valer como obligación adeuda por esta Entidad. Así mismo, cabe manifestar y recordar al honorable despacho que la afiliada menoscabo los principios generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, toda vez que no respetó ni cumplió con los postulados establecidos en la resolución No. 5261 del 05 de agosto de 1994 proferida por el entonces Ministerio de Salud que rige en materia de reembolsos económicos y que el Ad quem deberá valorar con el fin de ajustar a derecho la decisión proferida por la Superintendencia Nacional de Salud . Aunado a lo anterior, la sentencia emitida dentro del presente litigio carece de todo sustento jurídico y normativo que afecta los recursos del Sistema y reconoce prestaciones y obligaciones que al tenor del Régimen de seguridad social en salud no han sido causadas y por lo tanto no pueden endilgarse a esta EPS.”*

II. COMPETENCIA

El artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007, concede funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación para conocer y fallar en derecho, en primera y única instancia, con carácter definitivo con las facultades propias de un juez. Así mismo. Establece que el recurso de apelación ante el Superior jerárquico de la autoridad judicial que tuvo originalmente la competencia para tramitar el asunto objeto de debate.

En consecuencia, corresponde a la Sala Laboral de esta corporación el pronunciarse sobre la azada, de acuerdo a las siguientes:

III. CONSIDERACIONES FÁCTICAS Y JURÍDICAS:

En aras de definir la controversia, cabe indicar que en reiteradas oportunidades la H. Corte Constitucional¹, ha señalado el carácter de fundamental y autónomo del derecho a la salud, que se encuentra en conexidad con otros derechos fundamentales y radica en cabeza de todas las personas en general debiendo ser protegido y garantizado por el Estado: *“La Corte Constitucional ha desarrollado el carácter fundamental de la salud como derecho autónomo, definiéndolo como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”, y garantizándolo bajo condiciones de “oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, de acuerdo con el principio de integralidad”. Además ha dicho que el derecho a la salud obedece a la necesidad de abarcar las esferas mentales y corporales de la personas y a la de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales.”*

Adicionalmente, el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, establece a cargo de las Entidades Promotoras de Salud EPS, el cumplir con las funciones del aseguramiento en salud, entre los que se encuentra la garantía y acceso efectivo y con calidad a los servicios en salud, debiendo asumir el riesgo transferido por usuario.

ARTÍCULO 14. ORGANIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO. *Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.*

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

Igualmente, deben cumplir con los principios establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, garantizando entre otros la accesibilidad al servicio de

¹ Corte Constitucional T-001 de 2018

salud, su prestación oportuna y sin retrasos que pongan en riesgo la vida o la salud de los usuarios y a la continuidad en el tratamiento que reciben. (Artículo 3 Decreto 1011 de 2003).

Así las cosas, observa la Sala, que el accionante NELSON DAVID CARVAJAL ALCARAZ, acudió al trámite jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que se definiera en su favor el reembolso de los gastos generados con ocasión a una resonancia magnética y valoración por un Ortopedista.

Luego entonces, tenemos que el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, regulo lo referente al reconocimiento de reembolsos por gastos de servicios de salud, en los siguientes casos:

*Por atención de urgencias en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS;

*Cuando medie autorización expresa de la EPS para la atención de un caso específico y;

*En casos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

Para el reconocimiento de dichos reembolsos se requiere: i) que la solicitud se realice en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y ii) adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente.

En el caso objeto de estudio, se tiene que la Superintendencia Nacional de Salud ordenó el reembolso a favor del NELSON DAVID CARVAJAL ALCARAZ, en la suma de \$660.000 por concepto de la atención en salud.

En este orden de ideas, considera esta Sala de decisión que en nada erró La Superintendencia en impartir la condena antes reseñada, en la medida que, al revisar el escrito inicial, se tiene que el accionante adujo que, en el mes de agosto de 2017, sufrió un trauma en la rodilla izquierda cuando realizaba una práctica deportiva, que ante la gravedad del asunto asistió ante la IPS con la que MEDIMAS

tenía convenio en el Municipio de Frontino-Antioquia, donde le ordenaron una ecografía, pero que, por las dificultades logísticas y ausencia de convenios, realizó el procedimiento a través de una institución de carácter privado. Que una vez analizados los resultados por el médico tratante de la IPS a la cual se encontraba afiliado, decretó cita con especialista y orden para resonancia, pero que, al no recibir autorización por parte de su EPS, decidió el 16 de noviembre de 2017, retirar los documentos, para asumir el costo de los exámenes y valoración médica enunciada.

La entidad convocada al contestar la demanda expresó en relación con los hechos: *“Frente a los hechos se tiene conocimiento de las autorizaciones de médico general, y las autorizaciones de los servicios solicitados se le han otorgado en el término adecuado y prudente cuidando la salud del usuario.”* En tanto la oposición a las pretensiones se basó en los siguientes argumentos: *“Medimás EPS S.A.S., se opone a la pretensión del demandante, dado que como evidencia dentro de las pruebas y demanda del usuario, no solicito en ningún momento el reembolso de conformidad con el procedimiento establecido por el Ministerio de Salud y protección social.”*

Luego es claro que la entidad no negó las situaciones fácticas relatadas por el actor, en cuanto que tuvo un trauma en la rodilla izquierda en agosto de 2017, que fue ordenada una resonancia magnética, que además fue remitido por el médico tratante a un especialista en ortopedia, y que ante la demora injustificada acudió a realizar dichos procedimientos a través de una institución de carácter particular.

Por otra parte, se evidencia del historial clínico que, desde el 14 de septiembre de 2017, la IPS GENESIS SEDE FRONTINO, estaba atendiendo la patología del accionante, en la medida que ordenó la práctica de una ecografía articular de rodilla.

Adicionalmente, está acreditado que el señor NELSON DAVID CARVAJAL, el 20 de noviembre de 2017, radicó una petición a través de la cual informaba su situación y narraba lo siguiente: *“Dada la negligencia y descordinación (sic) , ausencia de convenios, de ustedes como EPS y que tengo mi derecho al Diagnostico, voy a asumir particularmente el costo de la resonancia magnética (sic) y presento esta petición para luego hacer el reclamo a ustedes por los costo en que tenga que incurrir”.*

Así mismo, se corrobora que ante la omisión de la entidad, el 24 de noviembre de 2017, radicó queja ante la Superintendencia Nacional de Salud, requerimiento que fue atendido, en el siguiente sentido: *“Con el traslado a la entidad, se agota el trámite inicial de su reclamación, sin perjuicio que en ejercicio de sus competencias, este ente de control realice las actividades de inspección y vigilancia sobre el cumplimiento de los derechos en salud y la debida atención y protección al usuario, de conformidad con lo establecido en el numeral 8 del artículo 18 y el numeral 1 del artículo 19 del Decreto 2462, aplicando las metodologías diseñadas para el efecto por la Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis del Riesgo, aprobada por la Superintendencia Nacional de Salud.”*

Igualmente, está probado que el 5 de diciembre de 2017, el demandante, presentó otra petición ante Medimás, reiterando la solicitud efectuada el 20 de noviembre de 2017, sin que la entidad, pese a los múltiples requerimientos haya tomadas las medidas pertinentes a fin de subsanar dichas falencias, por lo que afiliado decidió el 29 de noviembre de 2017, realizar la resonancia magnética y agendar para el 4 de diciembre de 2017, cita con el ortopedista, tramite que su sufragado de su propio peculio, en un monto equivalente a \$660.000.

Por último, quedó claro que mediante autorización. °190352125, expedida por MEDIMAS, fue aprobada el 11 de diciembre de 2017, la cita con ortopedia, es decir, después de radicadas las quejas, peticiones y de efectuado el procedimiento y exámenes médicos ordenados por el médico tratante.

En este orden de ideas, resulta evidente que la atención medica solicitada por el actor no fue prestado de manera oportuna frente a una enfermedad que requería de especial cuidado, en la medida que pese a los múltiples requerimientos, la aprobación para con el especialista lo fue después de cuatro meses, de su primer diagnóstico, por lo que se concluye que, el reembolso procede por la negativa injustificada o negligencia de la Entidad Promotora de Salud en cubrir la necesidad del actor, razón por la que la Sala, confirmara la providencia de primera instancia.

COSTAS. Sin costas en la alzada.

En mérito de lo expuesto el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ, SALA SEGUNDA DE DECISIÓN LABORAL**, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 13 de mayo de 2022, por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, por las razones expuestas en el presente proveído.

SEGUNDO: NO CONDENAR en costas en la alzada.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



MARCELIANO CHÁVEZ ÁVILA

Ponente



LUZ PATRICIA QUINTERO CALLE



ALEJANDRA MARÍA HENAO PALACIO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ

MARCELIANO CHÁVEZ ÁVILA
Magistrado Ponente

Radicación 2022-1269-01

Bogotá D.C., treinta (30) de septiembre de dos mil veintidós (2022)

DEMANDANTE: **DIANA MARCELA COLORADO AGUDELO actuando como agente oficioso de MARIANA HIGUITA COLORADO**
DEMANDADO: **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR**
ASUNTO : **APELACIÓN (Demandada)**

En la fecha, se constituye la Sala de decisión laboral a fin de resolver de plano el recurso de apelación interpuesto por la demandada, contra la providencia proferida por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD el 8 de julio de 2022.

No observándose irregularidad que invalide lo actuado, se procede a decidir conforme a los siguientes:

I. ANTECEDENTES

La señora **DIANA MARCELA COLORADO AGUDELO actuando como agente oficioso de MARIANA HIGUITA COLORADO**, presentó ante la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, acción en contra de la **DIRECCION DE SANIDAD MILITAR**, solicitando la entrega del **LECTOR DE GLUCOSA FREESTYLE LIBRE FLASH** en cantidad 1., así como el **SENSOR DE GLUCOSA FREESTYLE LIBRE FLASH**, en cantidad 12 por 180 días.

Como fundamentos fácticos de la acción señaló, en síntesis: Que, su hija quien cuenta con 10 años de edad y se encuentra afiliada al Régimen en Salud de la Dirección General de Sanidad Militar, en calidad de beneficiaria, con atención primaria en el BATALLÓN N°11 CACIQUE NUTIBARA del Municipio de Andes, fue diagnosticada con E 109, DIABETES TIPO 1, NO CONTROLADA, por lo que el médico tratante de la IPS UNIVERSITARIA DE ANTIOQUIA, ordenó el LECTOR DE GLUCOSA FREESTYLE en cantidad 1 y el SENSOR DE GLUCOSA FREESTYLE FLASH, en cantidad 12 por 180 días.

Indicó que solicitó el suministro de dichos insumos el 22 de abril de 2022, ante la Unidad de Servicios de Salud de Sanidad Militar, donde le señalaron que el requerimiento había sido remitido al CTC, sin que hasta la fecha hayan atendido su petición.

TRÁMITE DE PRIMERA INSTANCIA.

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante auto del 27 de mayo de 2022, admitió la demanda, y ordenó su notificación a la entidad accionada, así mismo requirió a la DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR y al BATALLÓN N.º11 CACIQUE NUTIBARA, para que informaran las gestiones administrativas tendientes a garantizar la entrega del lector y sensor de glucosa.

CONTESTACION DE DEMANDA

El teniente Coronel CARLOS MAURICIO PEÑA JIMENEZ, en calidad de Oficial Gestión Jurídica de la Dirección de Sanidad Ejército, informó que dio traslado de la petición a la Directora del Establecimiento de Sanidad Andes-Batatin de Infantería N.º 11 “Cacique Nutibara”, para que de acuerdo a la competencia asignada por el artículo 21 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, diera respuesta al requerimiento presentado por la accionante.

En tanto, el Batallón N.º11-Cacique Nutibara, no atendió el llamado realizado por la Superintendencia Nacional de Salud.

DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

Tramitada la instancia, mediante providencia del 8 de julio de 2022, la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, ACCEDIÓ a las pretensiones formuladas por DIANA MARCELA COLORADO AGUDELO, en calidad de agente oficioso de la menor MARIANA HIGUITA COLORADO. ORDENÓ a la DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR a través del ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD ANDES-BATALLON DE INFANTERIA N.º11 “CACIQUE NUTIBARA”, que en un término no mayor a 7 días, realizará todas las gestiones técnicas y administrativas y garantizara de forma efectiva la entrega de LECTOR DE GLUCOSA FREESTYLE LIBRE FLASH y del SENSOR DE GLUCOSA FREESTYLE LIBRE FLASH, así como la cita de control con el endocrinólogo.

RECURSO DE APELACIÓN

Inconforme con la determinación, la accionada -DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR- interpuso recurso de apelación, en contra de la sentencia proferida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, para que se “module” el numeral segundo de la sentencia y se dirija la orden únicamente en contra del Mayor General Carlos Alberto Rincón Arango, perteneciente a la Dirección de Sanidad del Ejército, así como en contra del Director del Establecimiento de Sanidad Militar “BATALLÓN DE INFANTERIA N°11 CACIQUE NUTIBARA”, al ser los encargados de prestar los servicios de salud y suministrar insumos a la menor MARIANA HIGUITA COLORADO y se exonera de toda responsabilidad a la DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR , bajo el entendido que cumple funciones netamente administrativas mas no asistenciales, según lo establece los artículos 9 y 10 de la Ley 352 de 1997, por lo tanto no presta servicios médicos, ni practica exámenes, ni otorga citas médicas, ni insumos, y tampoco efectúa la Junta Medico Laboral a los usuarios del subsistema de Salud de las fuerzas militare, que dichas tareas están asignadas, a la Dirección de Sanidad con que cuentan cada una de las fuerzas militares, por lo tanto la dependencia llamada a responder por los insumos requeridos por la parte actora es la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional a través del Establecimiento: “BATALLON DE INFANTERIA N.º 11- CACIQUE NUTIBARA”

II. COMPETENCIA

El artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007, concede funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación para conocer y fallar en derecho, en primera y única instancia, con carácter definitivo con las facultades propias de un juez. Así mismo. Establece que el recurso de apelación ante el Superior jerárquico de la autoridad judicial que tuvo originalmente la competencia para tramitar el asunto objeto de debate.

En consecuencia, corresponde a la Sala Laboral de esta corporación el pronunciarse sobre la azada, de acuerdo a las siguientes:

III. CONSIDERACIONES FÁCTICAS Y JURÍDICAS:

En aras de definir la controversia, cabe indicar que en reiteradas oportunidades la H. Corte Constitucional¹, ha señalado el carácter de fundamental y autónomo del derecho a la salud, que se encuentra en conexidad con otros derechos fundamentales y radica en cabeza de todas las personas en general debiendo ser protegido y garantizado por el Estado: *“La Corte Constitucional ha desarrollado el carácter fundamental de la salud como derecho autónomo, definiéndolo como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”, y garantizándolo bajo condiciones de “oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, de acuerdo con el principio de integralidad”. Además, ha dicho que el derecho a la salud obedece a la necesidad de abarcar las esferas mentales y corporales de la personas y a la de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales.”*

Ahora, con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez los asuntos descritos en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 modificada por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, entre los que se encuentran la cobertura de los servicios, tecnologías en salud o procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud

¹ Corte Constitucional T-001 de 2018

(Plan Obligatorio de Salud), cuando su negativa por parte de las Entidades Promotoras de Salud o entidades que se les asimilen ponga en riesgo o amenace la salud del usuario, consultando la Constitución Política y las normas que regulen la materia.

Por otra parte, sabido es que, de conformidad con los artículos 216 y 217 de la Constitución Política, el Legislador excluyó del Sistema Integral de Seguridad Social a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y, en este sentido, expidió la Ley 352 de 1997, el que con posterioridad fue estructurado por el Decreto 1795 de 2000, norma esta última que previo en su artículo 55, que la Superintendencia Nacional de Salud efectuará la inspección, vigilancia y control del sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, por lo que resulta clara la competencia asignada a la mencionada entidad, para resolver el asunto sometido a consideración.

Realizada la anterior precisión, tenemos que la Ley 352 de 1997 y el Decreto 1795 de 2000 señalan como población beneficiada, a las siguientes personas:

- Los afiliados sometidos al régimen de cotización que son: (a) los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo o que gocen de asignación de retiro o pensión, (b) los soldados voluntarios, (c) los servidores públicos y los pensionados de las entidades Descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional, el personal civil activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado activo y pensionado de la Policía Nacional; y (d) los beneficiarios de una pensión por muerte o de asignación de retiro, según sea el caso, del personal previamente señalado^[56].
- Los afiliados no sometidos al régimen de cotización del cual hacen parte (a) los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional; y (b) las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio^[57].

Así mismo, establece que serán beneficiarios del primer grupo de afiliados:

- a) El cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado.
- b) Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o compañero (a) permanente, que hagan parte del núcleo familiar o aquellos menores de 25 años que sean estudiantes con dedicación exclusiva y que dependan económicamente del afiliado.
- c) Los hijos mayores de 18 años con invalidez absoluta y permanente, que dependan económicamente del afiliado y cuyo diagnóstico se haya establecido dentro del límite de edad de cobertura.
- d) A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado, no pensionados que dependan económicamente de él.
- e) Los padres del personal activo de oficiales y suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, que hayan ingresado al servicio con anterioridad a la expedición de los Decretos 1211 del 8 de junio de 1990 y 096 del 11 de enero de 1989 respectivamente, tendrán el carácter de beneficiarios, siempre y cuando dependan económicamente del Oficial o Suboficial.

Luego entonces, una vez revisado el material probatorio allegado al plenario, queda claro que la menor MARIANA HIGUITA CORREDOR, figura como beneficiaria del sistema de salud de las fuerzas militares y que, con ocasión a dicha prerrogativa, fue atendida por un médico especialista, quien le diagnóstico: DIABETES TIPO 1 NO CONTROLADA, ordenándole como insumos para tratar su patología LECTOR DE GLUCOSA FREESTYLE LIBRE FLASH y SENSOR DE GLUCOSA FREESTYLE LIBRE FLASH:

IPS UNIVERSITARIA		CLINICA LEON XIII				
CALLE 69 No. 51C-24		Calle 69 No. 51C-24				
Paciente:	MARIANA HIGUITA COLORADO	Identificación:	T1 - 1032100602			
Diagnóstico:	E109	Edad:	10 años			
Aseguradora:	3241 - DISPENSARIO MEDICO DE MEDELLIN- SANIDAD MILITAR	Atención:	6050633			
Talla (cm):	0	Ciudad:	Medellin			
Dirección:	JARDIN ANILQUICIA	Teléfono Celular:	3138551373			
Médico que Registra:	CC: 72271424 - Nombre Martín Toro Ramos - Especialidad: Endocrinología y Pediatría - Registro: 9-2496-05					
Formula Medica						
Fecha	Medicamento	Formulación	Duración (días)	Cantidad	Concepto	Recomendaciones
22/04/2022 10:26:05 a.m.	LECTOR DE GLUCOSA FREESTYLE LIBRE FLASH UNIDAD	1 UND cada 24 Horas) NO APLICABLE	1	1	POS	I
22/04/2022 10:26:44 a.m.	SENSOR DE GLUCOSA FREESTYLE LIBRE FLASH UNIDAD	2 UND cada 30 (cada) NO APLICABLE	180	12	POS	I
Médico:	CC: 72271424 - Nombre Martín Toro Ramos - Especialidad: Endocrinología y Pediatría - Registro: 9-2496-05					
Fecha de ingreso:	22/04/2022					
Esta Formula se encuentra vigente por 72 horas después de su expedición.						

Sin embargo, aduce la accionante que, pese a que los insumos fueron ordenados desde el 22 de abril del año en curso, para la calenda en que fue radicada la acción, aún no habían sido suministrado, por lo que la Superintendencia Nacional de Salud, una vez consultados todos los preceptos legales, con ayuda de la verificación técnica elaborada por el medico NELSON JOAQUIN MALAVER MONTAÑA, determinó que las suplicas de la demanda debían salir avante, decretando que la Dirección General de Sanidad Militar a través del establecimiento de Sanidad Andes, debía realizar las gestiones técnicas y administrativas para garantizar la entrega tanto del lector como del sensor de glucosa.

Frente a dicha consideración, la Dirección General de Sanidad Militar presentó recurso de apelación, advirtiendo que no es la dependencia encargada de atender la orden impartida por la SuperSalud.

A efectos de resolver la impugnación presentada por la Dirección General de Sanidad Militar, encontramos que el Decreto 1795 de 2000, enunció en su artículo 4 que, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP), el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN), y los afiliados y beneficiarios del Sistema.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea y Hospital Militar Central. El Subsistema de Salud de la Policía Nacional lo constituyen la Policía Nacional y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

Entre tanto, el artículo 12 ibidem, prevé que, La Dirección General de Sanidad Militar es una dependencia del Comando General de las Fuerzas Militares cuyo objeto es administrar los recursos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares e implementar las políticas que emita el CSSMP y los planes y programas que coordine el Comité de Salud de las Fuerzas Militares respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares; mientras que, el artículo 16 del mencionado precepto jurídico, estableció que el Ejército Nacional, la Armada Nacional y la Fuerza Aérea serán las encargadas de prestar los servicios de salud a través de las Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas a los afiliados y sus

beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, por medio de sus Establecimientos de Sanidad Militar; así mismo podrán solicitar servicios preferencialmente con el Hospital Militar Central o con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y profesionales habilitados, de conformidad con los planes, políticas, parámetros y lineamientos establecidos por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Así las cosas, le asiste razón a la Dirección General de Sanidad Militar, en cuanto a que le corresponde es al Ejército Nacional, a través del establecimiento de sanidad Militar, que en este caso lo es “ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD ANDES-BATALLÓN DE INFANTERIA N°11 CACIQUE NUTIBARA”, efectuar dentro del término establecido en la sentencia de primera instancia las gestiones, técnicas y administrativas, para garantizar la entrega de LECTOR DE GLUCOSA FREESTYLE LIBRE FLASH y SENSOR DE GLUCOSA FREESTYLE LIBRE FLASH, así como la cita de control con la especialidad de endocrinología.

Basta las anteriores consideraciones para **MODIFICAR** la decisión de primera instancia, en el entendido que será la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, a través del establecimiento precitado, la dependencia encargada de dar cumplimiento a las suplicas invocadas en el escrito de demanda.

COSTAS. Sin costas en la alzada.

En mérito de lo expuesto el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ, SALA SEGUNDA DE DECISIÓN LABORAL**, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: MODIFICAR la sentencia proferida el 8 de julio de 2022, por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, en el entendido que será la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, a través del ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD ANDES-BATALLÓN DE INFANTERIA N°11 CACIQUE NUTIBARA, la dependencia encargada de efectuar dentro del término establecido en la providencia de primera instancia, las gestiones técnicas y administrativas, para garantizar la entrega de LECTOR DE GLUCOSA FREESTYLE LIBRE FLASH y SENSOR DE GLUCOSA FREESTYLE LIBRE FLASH, así como la cita de control

con la especialidad de endocrinología a favor de la menor MARIANA HIGUITA COLORADO, quien actúa a través de agente oficiosa.

SEGUNDO: CONFIRMAR en lo demás la sentencia recurrida.

TERCERO: NO CONDENAR en costas en la alzada.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



MARCELIANO CHÁVEZ ÁVILA

Ponente



LUZ PATRICIA QUINTERO CALLE



ALEJANDRA MARÍA HENAO PALACIO



**REPÚBLICA DE COLOMBIA
TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ**

**MARCELIANO CHÁVEZ ÁVILA
Magistrado Ponente**

Radicación 2021-1556-01

Bogotá D.C., treinta (30) de septiembre de dos mil veintidós (2022)

DEMANDANTE: ERIKA MILENA TANGARIFE LOPERA
DEMANDADO: CAFESALUD EPS EN LIQUIDACIÓN
ASUNTO : APELACIÓN (Demandada)

En la fecha, se constituye la Sala de decisión laboral a fin de resolver de plano el recurso de apelación interpuesto por la demandada, contra la providencia proferida por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD el 29 de marzo de 2021.

No observándose irregularidad que invalide lo actuado, se procede a decidir conforme a los siguientes:

I. ANTECEDENTES

La señora **ERIKA MILENA TANGARIGE LOPERA**, presentó ante la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, en desarrollo de su función jurisdiccional, acción en contra de **EPS CAFÉ SALUD EN LIQUIDACION**, solicitando el reembolso de los gastos efectuados en el HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA, a fin de tratar el **TRANSTORNO AFECTIVO BIPOLAR EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SI**, en la suma de \$7.000.000.

Como fundamentos fácticos de la acción señaló, en síntesis: Que, a mediados del año 2016, sufrió una crisis de depresión, razón por la cual fue llevada de urgencias

a la EPS CAFÉSALUD, donde le fueron aplicados unos medicamentos que no surtieron efectos. Que ante tal situación se traslado al HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA, siendo diagnosticada con TRANSTORNO AFECTIVO BIPOLAR EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SI, que en dicha institución le realizaron terapia ELETROCONVULSIVA CON ANESTESIA Y RELAJACION (TECAR) y le formularon los medicamentos pertinentes para tratar su patología.

Aseguró que, en el citado centro de salud, estuvo hospitalizada por dos semanas, hasta su recuperación total, sin que la EPS CAFÉ SALUD, hubiese autorizado su estadía, por lo que su esposo tuvo que recurrir a un préstamo bancario por valor de \$7.000.000, para que pudiese salir del hospital.

Finalmente enunció, que presentó petición ante la entidad promotora de salud, con el objetivo de obtener el reembolso de los gastos en que incurrió como consecuencia de su enfermedad, requerimiento que fue atendido de manera negativa.

TRÁMITE DE PRIMERA INSTANCIA.

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante auto del 30 de mayo de 2017, admitió la demanda, y ordenó su notificación a la entidad accionada, así mismo requirió al Hospital Mental de Antioquia, para que informara sobre la hospitalización y diagnostico de la señora ERIKA MILENA TANGARIGE.

CONTESTACION DE DEMANDA

La EPS CAFESALUD, luego de oponerse a la prosperidad de las pretensiones, adujo que, una vez valido la información con el área de prestaciones económicas, las solicitudes resultaron improcedentes, en razón a que no cumplen con los requisitos exigidos por la Resolución n.º5261 de 1994, ya que no prueba la imposibilidad, negativa injustificada o negligencia por parte de la EPS, por el contrario garantizó la oportuna prestación del servicio, y durante su afiliación emitió todas y cada una de las autorizaciones de servicios, para el tratamiento de la patología.

Mientras que el Hospital Mental de Antioquia, informó que la accionante el día 10 de julio de 2016 ingresó por urgencias y ese mismo fue hospitalizada donde permaneció hasta el 19 de julio de dicha anualidad. Que fue internada nuevamente el 2 de agosto de 2016, ordenándose por parte del médico tratante terapias electroconvulsivas. Que el 3 de agosto le fue practicada la primera terapia, sumando un total de 22, valores que fueron asumidos por el paciente ante la negativa de la aseguradora CAFÉ SALUD en asumir el valor.

DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

Tramitada la instancia, mediante providencia del 29 de marzo de 2021, la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, ACCEDIÓ PARCIALMENTE al reembolso deprecado por la señora ERIKA MILENA TANGARIFE LOPERA; ORDENÓ a CAFESALUD EPS hoy en liquidación al pago de \$2.100.000 por concepto de reconocimiento económico de los gastos en que incurrió la demandante, como consecuencias de las terapias electroconvulsivas con anestesia y relajación, que fueron prescritas y realizadas del 3 de agosto al 30 de septiembre de 2016.

RECURSO DE APELACIÓN

Inconforme con la determinación, la accionanda interpuso recurso de apelación, en contra de la sentencia proferida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, para que sea modificada, en el entendido de ordenar el pago de tan solo \$286.800, por concepto de 6 terapias electro convulsivas con anestesia y relajación (TECAR). Argumentando que una vez verificado el Manuel tarifario SOAT para el año 2016, la terapia electroconvulsiva sin anestesia y relajación, tenía un costo de \$23.900, por lo que considera que el cobro por este procedimiento con relajación y anestesia asciende a \$47.800, por lo que, al haberse practicado 6 sesiones, el total a pagar sería de \$286.800, y no la tarifa enunciada en la sentencia.

II. COMPETENCIA

El artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007, concede funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación para conocer y fallar en derecho, en primera y única instancia, con carácter definitivo con

las facultades propias de un juez. Así mismo. Establece que el recurso de apelación ante el Superior jerárquico de la autoridad judicial que tuvo originalmente la competencia para tramitar el asunto objeto de debate.

En consecuencia, corresponde a la Sala Laboral de esta corporación el pronunciarse sobre la azada, de acuerdo a las siguientes:

III. CONSIDERACIONES FÁCTICAS Y JURÍDICAS:

En aras de definir la controversia, cabe indicar que en reiteradas oportunidades la H. Corte Constitucional¹, ha señalado el carácter de fundamental y autónomo del derecho a la salud, que se encuentra en conexidad con otros derechos fundamentales y radica en cabeza de todas las personas en general debiendo ser protegido y garantizado por el Estado: *“La Corte Constitucional ha desarrollado el carácter fundamental de la salud como derecho autónomo, definiéndolo como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”, y garantizándolo bajo condiciones de “oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, de acuerdo con el principio de integralidad”. Además, ha dicho que el derecho a la salud obedece a la necesidad de abarcar las esferas mentales y corporales de las personas y a la de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales.”*

Adicionalmente, el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, establece a cargo de las Entidades Promotoras de Salud EPS, el cumplir con las funciones del aseguramiento en salud, entre los que se encuentra la garantía y acceso efectivo y con calidad a los servicios en salud, debiendo asumir el riesgo trasferido por usuario.

ARTÍCULO 14. ORGANIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO. *Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que*

¹ Corte Constitucional T-001 de 2018

el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

Igualmente, deben cumplir con los principios establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, garantizando entre otros la accesibilidad al servicio de salud, su prestación oportuna y sin retrasos que pongan en riesgo la vida o la salud de los usuarios y a la continuidad en el tratamiento que reciben. (Artículo 3 Decreto 1011 de 2003).

Así las cosas, observa la Sala, que la accionante, ERIKA MILENA TANGARIFE LOPERA, acudió al trámite jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que se definiera en su favor el reembolso de los gastos efectuados en el HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA, a causa de terapias electroconvulsivas con anestesia y relajación- TECAR.

Luego entonces, tenemos que el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, regulo lo referente al reconocimiento de reembolsos por gastos de servicios de salud, en los siguientes casos:

- *Por atención de urgencias en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS;
- *Cuando medie autorización expresa de la EPS para la atención de un caso específico y;
- *En casos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

Para el reconocimiento de dichos reembolsos se requiere: i) que la solicitud se realice en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y ii) adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente.

En el caso objeto de estudio, se tiene que la Superintendencia Nacional de Salud ordenó el reembolso a favor de la señora ERIKA MILENA TANGARIFE LOPERA, en la suma de \$2.100.000 por concepto de terapias recibidas en un centro médico que no formaba parte de su EPS.

En la citada providencia se indicó: *“Al respecto, es procedente recordar que uno de los requisitos para el reconocimiento económico de los gastos asumidos de manera particular por los usuarios del sistema, es la atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS; exigencia que se encuentra corroborada por la ESE HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA, según requerimiento que hiciera este despacho (folio 82), en la cual puntualizó acerca de la situación presentada por la demandante: “el 2 de agosto de 2016 ingresó de nuevo por urgencias y se ordenó hospitalización, Estando (sic) internada se ordenó terapias electro convulsivas”; por tal motivo, no tiene vocación de prosperar la primera excepción interpuesta, toda vez que la atención prestada a la señora ERIKA MILENA, si fue derivada de una urgencia psiquiátrica, cumpliendo por lo tanto los lineamientos del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 modificado y adicionado por el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011.”*

Luego es claro de lo anterior, que la atención prestada a la accionante por parte del centro medico HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA, así como su diagnóstico, tratamiento, terapias y seguimiento, constituyo a juicio del A-quo, una urgencia, tema que no fue objeto de discusión en esta instancia por parte de la pasiva, por lo que se considera que al NO existir controversia frente a este tema, se cumplió con uno de los presupuestos para acceder al reembolso solicitado, cual es *“la atención de urgencias en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS.”*

Ahora, frente al valor reconocido, cabe precisar que el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, consagra que las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., por ende no hay lugar a modificar la sentencia de primera instancia, en la medida que la señora ERIKA TANGARIFE LOPERA, acreditó de la factura de venta que obra a folio 48, junto con la

certificación de procedimientos realizados, que recibió 12 terapias denominadas TECAR, en las siguientes fechas: 3, 5, 8, 10, 12, 16, 18, 22, 24 y 26 de agosto de 2016, así como el 9 y 16 de septiembre de esa misma anualidad, por valor de \$4.200.000; Sin embargo la Superintendencia Nacional, a través de su dependencia encargada, consideró que solo había lugar a reconocer seis (6), que corresponden al periodo que estuvo afiliada a la EPS llamada a juicio, por lo que quedando debidamente probado dicho gasto, la demandada deberá proceder a reembolsar la cifra enunciada por el juez de primera instancia.

Por otra parte, cabe enunciar que no es posible acoger el argumento expuesto por la demandada, en cuanto a que el valor a reconocer debió sujetarse al manual tarifario SOAT -Decreto 2423 de 1996- en la medida que al consultar su artículo 1 se enuncia como campo de aplicación el siguiente: *“El presente decreto será de obligatorio cumplimiento en los casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; también en la atención inicial de urgencias de otra naturaleza, si no hay acuerdo entre las partes.”*, sin que podamos ver inmersa la situación de la accionante en este último renglón, en la medida que la normativa hace referencia a las partes, entendiéndose a las entidades pertenecientes al sistema de seguridad social en salud y las aseguradoras, en el caso del SOAT, más cuando el decreto citado establece a partir de su artículo 21, las tarifas a otorgar en salarios mínimos, en caso de hospitalización, exámenes médicos y otros procedimientos, a favor del centro médico que presto el mismo, sin que podemos tomar al paciente como parte, ya que no está facultado para determinar, el número de salarios que deberán ser reembolsados, por lo que es claro que no aplica en el caso de marras, ya que en tratándose del tema objeto de discusión, se enunció en renglones anteriores, cual es la legislación aplicable, el trámite impartido y que el valor del mismo, será aquel que demuestre el afiliado a través de la factura o documento expedido por la institución prestadora del servicio de salud, es decir, que si existe discusión entre la tarifas cobradas, el usuario no tiene por qué estar inmerso en dicha discusión, máxime cuando demostró que pago una suma a una IPS, con ocasión a un servicio de urgencia y que necesita ser reembolsada, y por lo tanto no se puede ver perjudicado por un tarifa que fijo un centro medico y de la cual no esta conforme la EPS a la cual se encuentra vinculado.

Basta las anteriores consideraciones para **CONFIRMAR** la decisión de primera instancia.

COSTAS. Sin costas en la alzada.

En mérito de lo expuesto el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ, SALA SEGUNDA DE DECISIÓN LABORAL**, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: **CONFIRMAR** la sentencia proferida el 29 de marzo de 2021, por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, por las razones expuestas en el presente proveído.

SEGUNDO: **NO CONDENAR** en costas en la alzada.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



MARCELIANO CHÁVEZ ÁVILA

Ponente



LUZ PATRICIA QUINTERO CALLE



ALEJANDRA MARÍA HENAO PALACIO